

1 (05) 2014

Беларусь

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
Республики Беларусь.
Свидетельство № 1603 от 11.02.2013 г.

Учредители:
УП «Профессиональные издания»,
ГУ «Республиканский
научно-практический центр "Мать и дитя"»,
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

Адрес редакции:
220023, Минск, ул. Чернышевского, 10а, оф. 805
Тел.: (017) 385 65 08, (017) 280 88 09
e-mail: deti@recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.
Заместитель главного редактора Глушук В.А.
Руководитель сектора рекламы Коваль М.А.
Технический редактор Каулькин С.В.

Украина

Журнал зарегистрирован
Государственной регистрационной
службой Украины 2 апреля 2013 г.
Свидетельство КВ № 19798-9598Р

Учредители:
УП «Профессиональные издания»,
Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П.Л. Шупика

Представительство в Украине:
ООО «Издательский дом
«Профессиональные издания»

Директор Ильина В.А.

Контакты: Тел.: +38 (067) 363 65 05, (095) 091 24 50
e-mail: profidom@ukr.net

Подписка Беларусь:

в каталоге РУП «Белпочта»
индивидуальный индекс – 00113,
ведомственный индекс – 001132

Украина:
подписка оформляется через офис
ООО «Издательский дом
«Профессиональные издания»

По вопросам приобретения журнала обращайтесь
в редакцию в г. Минске
и представительство издательства в г. Киеве.
тел.: +38 067 360 93 80

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.
Цена свободная.

Электронная версия журнала доступна
на сайтах издательства www.recipe.by
и научной электронной библиотеки
Российской Федерации
www.elibrary.ru

Подписано в печать: 5.03.2014 г.
Тираж 1500 экз.
Заказ №

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная

Отпечатано в типографии

Беларусь

Украина

Главный редактор Сукало А.В.

Редакционная коллегия

Аверин В.И. (Минск)
Беляева Л.М. (Минск)
Василевский И.В. (Минск)
Вильчук К.У. (Минск)
Войтович Т.Н. (Минск)
Гнедько Т.В. (Минск)
Жерносек В.Ф. (Минск)
Кувшинников В.А. (Минск)
Лысенко И.М. (Витебск)
Максимович Н.А. (Гродно)
Мараховский К.Ю. (Минск)
Наумчик И.В. (Минск)
Неверо Е.Г. (Минск)
Парамонова Н.С. (Гродно)
Романова О.Н. (Минск)
Труханович В.И. (Минск)
Улезко Е.А. (Минск)

Главный редактор Бекетова Г.В.

Редакционная коллегия

Антипкин Ю.Г. (Киев)
Абатуров А.Е. (Днепропетровск)
Волосовец А.П. (Киев)
Крамарев С.А. (Киев)
Кривопустов С. П. (Киев)

Редакционный совет

Беш Л.В. (Львов)
Беляев А.В. (Киев)
Бережной В. В. (Киев)
Вендиттели Ф. (Клермон-Ферран, Франция)
Добрянский Д.А. (Львов)
Жербу Л. (Клермон-Ферран, Франция)
Знаменская Т.К. (Киев)
Иванов Д.Д. (Киев)
Каладзе Н.Н. (Симферополь)
Квашнина Л.В. (Киев)
Косаковский А.Л. (Киев)
Крючко Т.А. (Полтава)
Лаббе А. (Клермон-Ферран, Франция)
Лапшин В.Ф. (Киев)
Леженко Г.А. (Запорожье)
Мозговая Г.П. (Киев)
Нагорная Н.В. (Донецк)
Охотникова Е.Н. (Киев)
Савичук Н.О. (Киев)
Сенаторова А.С. (Харьков)
Татарчук Т.Ф. (Киев)
Третьякова О.С. (Симферополь)
Цодикова О.А. (Харьков)
Чернышова Л.И. (Киев)
Шадрин О.Г. (Киев)
Шунько Е.Е. (Киев)

Рецензируемое издание

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 27.06.2013, протокол № 15/3).

Научные статьи, опубликованные в журнале, для украинских соискателей ученых степеней на основании приказа МОНмолодьспорта Украины от 17.10.2012 № 1112 приравниваются к зарубежным публикациям.

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точки зрения автора.

Загорский С.Э.¹, Назаренко О.Н.²

¹ Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь;

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Zagorski S.¹, Nazarenko O.²

¹ Polesky State University, Pinsk, Belarus;

² Belarussian State Medical University, Minsk, Belarus

Роль предрасполагающих факторов в генезе рефлюкс-эзофагита у детей старшего возраста и подростков

The role of predisposing factors in pathogenesis of reflux-esophagitis in older children and adolescents

Резюме

В статье представлена сравнительная характеристика факторов предрасположения (пол, возраст, анамнестические данные по перинатальному периоду и раннему детству, психосоциальные особенности, вредные привычки) к развитию рефлюкс-эзофагита (РЭ) и хронического гастрита (ХГ) у детей старшего возраста и подростков. Гендерные различия отсутствовали. Возраст пациентов с РЭ был выше, чем при ХГ. При обоих заболеваниях показана высокая частота осложнений ante- и интранатального анамнеза. У детей с РЭ чаще наблюдались в раннем детстве недостаточная прибавка массы тела и функциональные нарушения пищеварения ($p < 0,05$). У 1/3 пациентов с патологией пищевода и желудка отмечались частые стрессовые ситуации, длительное времяпровождение за компьютером, недостаточное пребывание на свежем воздухе, неудовлетворительные условия проживания, у ¼ – недостаточный сон. Курение и употребление алкоголя чаще выявлены при РЭ (в 33,8%), чем при ХГ (22,0%, $p = 0,1$).

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, дети, подростки, предрасполагающие факторы.

Resume

Comparative characteristics of predisposing factors (sex, age, anamnesis data of perinatal period and early childhood, psychosocial peculiarities, harmful habits) in the development of reflux-esophagitis (RE) and chronic gastritis (CG) in elder children and adolescents are presented in the article. Gender differences were not found. Age of patients with RE was higher than with CG. High frequency of pre- and intranatal period complications was detected in both groups. Children with RE had insufficient weight rise and functional disorders of digestion in early childhood ($p > 0,05$). Frequent stress situations, long-standing time with computer, short walking were registered in 1/3 patients with pathology of esophagus and stomach and insufficient time to sleep – in ¼ cases. Smoking and alcohol consumption were found more often in RE patients with RE (33,8%) than in CG (22,0%, $p = 0,1$).

Keywords: reflux-esophagitis, children, adolescents, predisposing factors.

Частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и ее наиболее типичного осложнения – рефлюкс-эзофажита (РЭ) – имеет отчетливую тенденцию к увеличению в педиатрической практике [1–7].

Мультифакториальный генез ГЭРБ является общепризнанным. Однако роль различных факторов в развитии заболевания, которое в ряде случаев осложняется поражением слизистой оболочки пищевода, до настоящего времени изучена недостаточно, хотя интерес к исследованиям по этой проблеме достаточно велик [8–14]. Исследования, проведенные среди педиатрических пациентов, немногочисленны, ограничены по объему обследованных детей и отличаются по возрастному составу [15–19].

Таким образом, окончательная оценка роли различных экзогенных факторов в генезе ГЭРБ и ее осложнений до конца не определена, и необходимо дальнейшее изучение этой проблемы.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка роли различных предрасполагающих факторов в развитии РЭ у детей старшего возраста и подростков.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 314 пациентов 12–18 лет с РЭ, находившихся на стационарном лечении в 3-й и 4-й городских детских больницах г. Минска в 2007–2011 гг.

Диагноз «РЭ» был верифицирован эндоскопически и в ряде случаев морфологически в соответствии с классификацией G.N. Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского (2006). Для исследования использовались волоконные фиброэндоскопы GIF PQ 20 и XQ10 «Olympus», а также биопсийные щипцы FB19 и FB21 «Olympus».

Критериями исключения из исследования были сопутствующие острые и хронические заболевания, не связанные с пищеварительной системой, курсовой (более 7 дней) прием медикаментов в течение двух предыдущих месяцев, а также тяжелые поражения ЦНС (детский церебральный паралич, последствия тяжелых черепно-мозговых травм и т.п.).

Для сравнения наблюдали группу больных (n=50) с хроническим гастритом (ХГ) без поражения пищевода, отобранных методом случайной выборки.

Сбор анкетных данных для анализа анамнестических данных проводили методом интервьюирования.

Статистическая обработка материалов выполнена с использованием пакета программ Statistica 8.0. Для оценки нормальности распределения обследованных пациентов по возрасту применяли W-критерий Шапиро – Уилка. С учетом ненормальности распределения возраст представлен в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (LQ/UQ). Для описания относительной частоты бинарных признаков применяли 95%-й доверительный интервал. При анализе данных использовали непараметрические методы с расчетом: критерия χ^2 с построением таблиц сопряженности; при частоте признака менее 10 рассчитывался точный двусторонний критерий Фишера; при сравнении групп по возрасту – U-критерий Манна – Уитни. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Группы сравнения были сопоставимы по половому составу (табл. 1), однако среди пациентов с РЭ преобладали мальчики, в то время как среди детей и подростков с ХГ была несколько выше частота девочек. Межгрупповые и внутригрупповые различия по половому составу были статистически незначимыми.

В литературе активно обсуждается значение пола на распространенность ГЭРБ [7, 9, 10, 11, 13, 17–22], однако полученные результаты достаточно противоречивы и убедительных данных в пользу гендерных различий не получено [10, 11, 14, 19, 20]. У лиц мужского пола чаще выявляются эрозивные формы РЭ [11, 14, 19, 20, 22]. Эти тенденции получили свое подтверждение в период старшего детства [5, 17, 23–25].

Возраст детей и подростков в сравниваемых группах имел статистически значимые различия. Так, пациенты с РЭ были старше, чем с ХГ, что соответствует литературным данным о более позднем старте воспалительных поражений пищевода по сравнению с желудком [2, 3, 5, 7].

В формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) принимает участие большое количество факторов, роль которых полностью не установлена. По мнению Н.И. Урсовой [5], многие факторы риска, которые действуют на организм в ante-, intra- и постнатальном периодах, имеют не только ближайшие, но и отдаленные эффекты.

В то же время можно предполагать разную степень участия преморбидных состояний в генезе воспалительных изменений различных отделов желудочно-кишечного тракта, с учетом чего определяли анамнестическую частоту отклонений от нормального течения перинатального периода в обеих сравниваемых группах (табл. 2).

Представленные данные свидетельствуют о высокой частоте осложненного течения беременности и родов у обследованных детей и подростков (в 1/2 и 1/3 случаев соответственно) при заболеваниях пищевода и желудка, однако отсутствовали значительные различия анамнестических данных перинатального периода в зависимости от локализации воспалительного процесса в ВОПТ. У пациентов с РЭ отмечена только тенденция к увеличению частоты случаев, когда ребенок родился от вторых или последующих родов (36% против 24% у пациентов с ХГ,

Таблица 1
Распределение обследованных пациентов с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта по полу и возрасту

Группы пациентов	Пол (абс. число/%)		Средний возраст ¹ , лет (Me(LQ/UQ))
	мужской	женский	
РЭ (n=314)	163/51,9%	151/48,1%	16,0 (14,75/17,0)
ХГ (n=50)	23/46,0%	27/54,0%	15,25 (13,5/16,0)
p ²	$\chi^2=0,06$; p=0,44		p=0,02

Примечания:

¹ – распределение пациентов в группах по возрасту не соответствовало нормальному (критерий Шапиро–Уилка – W=0,95 (p<0,00001) и W=0,95 (p=0,04) соответственно);

² – статистическая значимость различий при сравнении групп по половому составу приведена по критерию χ^2 ; по возрасту – по критерию Манна – Уитни.

Таблица 2

Особенности перинатального анамнеза у детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом и хроническим гастритом (абс. число / % (95% ДИ))

Анамнестический признак	Пациенты с РЭ	Пациенты с ХГ (n=50)	p ¹ (χ ²)
Осложнения беременности (n=301) ² :			
угроза прерывания	77/25,6% (20,8–30,8%)	10/20,0% (10,0–33,7%)	χ ² =0,72; p=0,40
токсикоз	24/8,0% (5,2–11,6%)	2/4,0% (0,5–13,7%)	p=0,55
нефропатия	22/7,3% (4,6–10,9%)	2/4,0% (0,5–13,7%)	p=0,55
анемия	19/6,3% (3,8–9,7%)	2/4,0% (0,5–13,7%)	p=0,75
ОРИ	15/5,0% (2,8–8,1%)	3/6,0% (1,3–16,5%)	p=0,73
гинекологические заболевания (кольпит, аднексит)	13/4,3% (2,3–7,3%)	3/6,0% (1,3–16,5%)	p=0,49
внутриутробная гипоксия плода	12/4,0% (2,1–6,9%)	2/4,0% (0,5–13,7%)	p=1,0
гестоз	9/3,0% (1,4–5,6%)	2/4,0% (0,5–13,7%)	p=0,66
Осложнения родов (n=301):			
недоношенность	16/5,3% (3,1–8,5%)	3/6,0% (1,3–16,5%)	p=0,74
асфиксия новорожденного	23/7,6% (4,9–11,2%)	4/8,0% (2,2–19,2%)	p=1,0 ¹
оперативные вмешательства	37/12,3% (8,8–16,5%)	4/8,0% (2,2–19,2%)	p=0,48 ¹
акушерские пособия	12/4,0% (2,1–6,9%)	1/2,0% (0,1–10,6%)	p=0,70
нарушения мозгового кровообращения	10/3,3% (1,6–6,0%)	3/6,0% (1,3–16,5%)	p=0,41
врожденная гипотрофия	7/2,3% (0,9–4,7%)	1/2,0% (0,1–10,6%)	p=1,0
гемолитическая болезнь новорожденных	6/2,0% (0,7–4,3%)	0	p=0,60
Масса тела при рождении (n=310):			
низкая (менее 2500 г)	21/6,8% (4,2–10,2%)	3/6% (1,3–16,6%)	p=1,0
избыточная (свыше 4000 г)	31/10% (6,9–13,9%)	5/10% (3,3–21,8%)	p=1,0
Первый ребенок в семье (n=314)	201/64% (58,4–69,3%)	38/76% (61,8–86,9%)	χ ² =2,75; p=0,1
Возраст матери старше 35 лет (n=304)	14/4,6% (2,5–7,6%)	3/6% (1,3–16,6%)	p=0,72

Примечания:

¹ – при частоте признака менее 10 рассчитывался точный двухсторонний критерий Фишера;

² – количество пациентов с РЭ для оценки данного признака.

p=0,1). Логично предположить, что на развитие поражений слизистой оболочки желудка и пищевода в обеих группах пациентов влияют общие предрасполагающие факторы, имеющие значение для формирования этой патологии и реализуемые через единые механизмы.

Как показали исследования М.И. Урсовой [5], у 72% детей с патологическим ГЭР встречалось перинатальное поражение центральной нервной системы, а в детской популяции – у 34% (p<0,001).

При последующем анализе не было выявлено значительных различий у детей и подростков с РЭ и ХГ по данным анамнеза, относящимся к раннему детству (табл. 3).

Таблица 3

Особенности анамнеза в раннем детстве у детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом и хроническим гастритом (абс. число / % (95% ДИ))

Анамнестический признак	Пациенты с РЭ	Пациенты с ХГ	p ¹ (χ^2)
Грудное вскармливание менее 6 мес. (n=298) ²	223/74,8% (69,5–79,7%)	37/74,0% (59,7–85,4%)	$\chi^2=0,02$; p=0,90
Прибавка массы тела на 1-м году (n=296):			
недостаточная	45/15,2% (11,3–19,8%)	4/8,0% (2,2–19,2%)	p=0,27
избыточная	35/11,8% (8,4–16,1%)	10/20,0% (10,0–33,7%)	$\chi^2=2,53$; p=0,11
Нарушения функции ЖКТ на 1-м году (n=296):			
частые срыгивания	80/27,0% (22,1–32,5%)	9/18,0% (8,6–31,4%)	p=0,33
нарушения стула	18/6,9% (3,6–9,4%)	1/2,0% (0,1–10,7%)	p=0,24
	50/16,9% (12,8–21,7%)	8/16,0% (7,2–29,1%)	p=1,0

Примечания:

¹ – при частоте признака менее 10 рассчитывался точный двухсторонний критерий Фишера;

² – количество пациентов с РЭ для оценки данного признака.

Как видно из полученных данных, при патологии ВОПТ в старшем периоде детства часто имеются указания в анамнезе на такие отягощающие факторы как раннее искусственное вскармливание, нарушения прибавки массы тела и функционирования пищеварительной системы. При этом в группе пациентов с РЭ наблюдалась тенденция к увеличению частоты анамнестических данных о недостаточной прибавке массы тела на первом году жизни, а также функциональных отклонений со стороны ЖКТ (в первую очередь частых срыгиваний) по сравнению с группой сравнения (ХГ).

В литературе приводятся немногочисленные сведения о связи РЭ с отягощенным перинатальным анамнезом [2, 4, 5, 15, 17, 26–28]. Так, С.Ф. Гнусаев и соавт. [26] указывают на отягощенный пренатальный анамнез при различных формах РЭ в 45,2–57,4% случаев, интранатальный – в 23,8–47,5%. По данным Л.А. Семенюк [17], неблагоприятные факторы в пре-, интра- и постнатальном периодах развития выявлены у 64,5% детей с РЭ.

На определенную связь высокой частоты срыгиваний в раннем детстве с повышенным риском развития клинических признаков ГЭРБ в отдаленный период указывают и результаты других исследований [29].

Частота различных острых заболеваний пищеварительной системы (острый гастрит/гастроэнтерит, гельминтозы, острые кишечные инфекции) в анамнезе была несколько выше у пациентов с РЭ (37,8% (95% ДИ 32,3–43,6%)), чем с ХГ (30% (95% ДИ 17,9–44,6%)), однако различия не были статистически значимыми ($\chi^2=1,13$; p=0,29).

В формировании воспаления ВОПТ также предполагается участие ряда внешнесредовых (психосоциальных, алиментарных, инфекционных, экологических и других) воздействий. Проведен анализ некоторых факторов внешней среды, которые могут быть связаны с развитием такой патологии (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика психосоциальных факторов у детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом и хроническим гастритом (абс. число / % (95% ДИ))

Анамнестический признак	Пациенты с РЭ (n=314)	Пациенты с ХГ (n=50)	p ¹ (χ ²)
Частые стрессовые ситуации	97/30,9% (25,8–36,3%)	18/36,0% (22,9–50,8%)	χ ² =0,52; p=0,47
Низкий образовательный уровень родителей ²	155/49,4% (43,7–55,1%)	26/52,0% (37,4–66,3%)	χ ² =0,12; p=0,73
Неполная семья	111/35,4% (30,1–40,9%)	18/36,0% (22,9–50,8%)	χ ² =0,01; p=0,93
Низкая учебная успеваемость ³	134/42,7% (37,1–48,4%)	23/46,0% (31,8–60,7%)	χ ² =0,19; p=0,66
Недостаточный сон ⁴	78/24,8% (20,2–30,0%)	13/26,0% (14,6–40,3%)	χ ² =0,03; p=0,86
Длительное время работы за компьютером ⁵	126/40,1% (34,7–45,8%)	16/32,0% (19,5–46,7%)	χ ² =1,20; p=0,27
Недостаточное пребывание на свежем воздухе ⁶	106/33,8% (28,5–39,3%)	17/34,0% (21,2–48,8%)	χ ² =0,001; p=0,97
Неудовлетворительная обеспеченность жильем ⁷	104/33,1% (27,9–38,6%)	16/32,0% (19,5–46,7%)	χ ² =0,02; p=0,88
Наличие животных дома	166/52,9% (47,2–58,5%)	25/50,0% (35,5–64,5%)	χ ² =0,14; p=0,71
Пищевая аллергия в анамнезе	45/14,3% (10,7–18,7%)	8/16,0% (7,2–29,1%)	p=0,76
Наличие вредных привычек:	106/33,8% (28,5–39,3%)	11/22,0% (11,5–36,0%)	χ ² =2,73; p=0,1
курение	75/23,9% (19,3–29,0%)	6/12,0% (4,5–24,3%)	p=0,07
употребление алкогольных напитков	28/8,9% (6,0–12,6%)	1/2,0% (0,1–10,6%)	p=0,15
несколько привычек	29/9,2% (6,3–13,0%)	1/2,0% (0,1–10,6%)	p=0,1

Примечания:

¹ – при частоте признака менее 10 рассчитывался точный двухсторонний критерий Фишера;

² – образовательный уровень родителей принимался за низкий, если у них имелось законченное или незаконченное среднее образование;

³ – при среднем балле успеваемости ниже 7,0;

⁴ – сон менее 8 ч;

⁵ – время работы более двух часов в день;

⁶ – пребывание менее двух часов в день;

⁷ – при обеспеченности общей жилой площадью менее 10 м² на человека.

Полученные результаты отражают высокую частоту факторов, общепризнанно предрасполагающих к развитию различных хронических мультифакториальных заболеваний. Так, у 1/3 обследованных пациентов с патологией пищевода и желудка наблюдались частые стрессовые ситуации, длительное времяпровождение за компьютером, недостаточное пребывание на свежем воздухе, неудовлетворительные условия проживания, а у ¼ отмечался недостаточный сон. Частота вышеуказанных факторов существенно не отличалась в сравниваемых группах. В то же время вредные привычки с высокой частотой встречались как у детей и подростков с РЭ (в 33,8% случаев), так и с ХГ (в 22,0%), однако при РЭ имелась тенденция к увеличению их частоты в целом (p=0,1) и наиболее распространенных вариантов (курение, употребление алко-

голя), что может быть связано с возрастными различиями сравниваемых групп. В качестве потенциально способствующих формированию психосоматических болезней рассматривались такие данные анамнеза как низкий образовательный уровень родителей, неполная семья, низкая учебная успеваемость, связь с наличием домашних животных. Результаты исследования не позволили выявить статистически значимых различий по этим факторам у пациентов с РЭ и ХГ.

Результаты исследования соответствуют данным, приводимым другими авторами. Так, имеются отдельные исследования, изучавшие влияние стрессов [17], образовательного уровня [9], нарушений сна на риск возникновения ГЭРБ [15].

По результатам исследования Л.А. Семенюк [17] показано, что 35,5% детей с РЭ подвергались длительным психотравмирующим ситуациям в школе или семье.

В литературе активно обсуждается связь ГЭРБ с курением и употреблением алкоголя [30]. По данным Л.А. Семенюк [17], курили более 1/3 из 110 подростков с РЭ. На важную роль курения и алкоголя у детей с ГЭРБ указывает в своих исследованиях О.Н. Волкова [16].

Таким образом, хронические воспалительные заболевания пищевода и желудка в период старшего детства часто ассоциируются с различными осложнениями в период раннего детства, отягощающимися психологическими и социальными состояниями, при этом не удается подтвердить определенную специфику их связи с патологией различных отделов ВОПТ. Тем не менее учет преморбидных состояний позволяет выделить дополнительные факторы риска формирования патологии ВОПТ в детском возрасте и, следовательно, провести адекватные профилактические и лечебные мероприятия на ранних этапах наблюдения.

■ ВЫВОДЫ

При хронических заболеваниях ВОПТ в анамнезе часто имеются указания на осложненное течение перинатального периода и раннего детства, однако значительные различия по частоте отягощающих факторов у пациентов с РЭ и ХГ отсутствовали.

У старших детей и подростков с болезнями пищевода и желудка отмечается высокая частота неблагоприятных психосоциальных факторов, не имеющих специфики в зависимости от локализации патологического процесса.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Бельмер, С.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / С.В. Бельмер // Рус. мед. журн. – 2008. – Т. 16, № 3. – С. 144–147.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей / В.Ф. Приворотский и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2011. – № 1. – С. 14–21.

3. Достижения и перспективы развития детской гастроэнтерологии / Л.Н. Цветкова и др. // *Вопр. дет. диетологии.* – 2009. – Т. 7, № 2. – С. 10–14.
4. Мухаметова, Е.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: эпидемиология, диагностические критерии, прогноз / Е.М. Мухаметова, С.И. Эрдес // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2010. – № 1. – С. 75–81.
5. Урсова, Н.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у подростков / Н.И. Урсова // *Рос. пед. журнал.* – 2004. – № 2. – С. 32–35.
6. Щербаков, П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / П.Л. Щербаков // *Болезни органов пищеварения.* – 2007. – Т. 9, № 2. – С. 42–47.
7. Gold, B.D. Review article: epidemiology and management of gastro-oesophageal reflux in children / B.D. Gold // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2004. – Vol. 19 (Suppl. 1). – P. 22–27.
8. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease / D. Festi et al. // *World J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 15, № 14. – P. 1690–1701.
9. Diet, lifestyle and gender in gastro-esophageal reflux disease / M.P. Dore et al. // *Dig. Dis. Sci.* – 2008. – Vol. 53, № 8. – P. 2027–2032.
10. Dibley, L.B. Is there a role for lifestyle education in the management of gastro-oesophageal reflux disease? / L.B. Dibley, C.S. Norton, R. Jones // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2010. – Vol. 21, № 11. – P. 1229–1240.
11. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease / J. Dent et al. // *Gut.* – 2005. – Vol. 54, № 5. – P. 710–717.
12. Kaltenbach, T. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach / T. Kaltenbach, S. Crockett, L.B. Gerson // *Arch. Intern. Med.* – 2006. – Vol. 166, № 9. – P. 965–971.
13. Nordenstedt, H. Environmental factors in the etiology gastroesophageal reflux disease / H. Nordenstedt, J. Lagergren // *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* – 2008. – Vol. 2, № 1. – P. 93–103.
14. Sonnenberg, A. Effects of environment and lifestyle on gastroesophageal reflux disease / A. Sonnenberg // *Dig. Dis.* – 2011. – Vol. 29, № 2. – P. 229–234.
15. Басалаева, Н.В. Клинико-патогенетические особенности формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Н.В. Басалаева; Твер. гос. мед. акад. – Тверь, 2013. – 23 с.
16. Волкова, О.Н. Частота встречаемости моторных нарушений пищевода и факторы риска развития этих нарушений у школьников г. Минска / О.Н. Волкова, А.В. Сукало // *Мед. панорама.* – 2007. – № 3. – С. 32–34.
17. Семенюк, Л.А. Факторы формирования рефлюкс-эзофагитов у детей и подростков / Л.А. Семенюк // *Рос. пед. журнал.* – 2007. – № 2. – С. 8–13.
18. Salvatore, S. The natural course of gastro-esophageal reflux / S. Salvatore, B. hauser, Y. Vandenas // *Acta Paediatr.* – 2004. – Vol. 93, № 8. – P. 1063–1069.
19. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной Рефлюксной Болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги / Л.Б. Лазебник и др. // *Эксперим. и клин. гастроэнтерология.* – 2009. – № 6. – С. 4–12.
20. Масловский, Л.В. Эпидемиологические, клинико-диагностические и терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05/Л.В. Масловский; Учеб.-науч. Мед. центр Управления делами Президента Российской Федерации. – М., 2008. – 46 с.
21. Распространенность и факторы риска ГЭРБ у представителей различных половозрастных групп / В.В. Цуканов и др. // *Эксперим. и клин. гастроэнтерология.* – 2010. – № 5. – С. 38–42.
22. Cook, M.B. A systematic review and meta-analysis of the sex ratio for Barrett's esophagus, erosive reflux disease, and nonerosive reflux disease / M.B. Cook, C.P. Wild, D. Forman // *Am. J. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 162, № 11. – P. 1050–1061.

23. Думова, Н.Б. Клинико-морфологические сопоставления при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.00.09; 14.00.15 / Н.Б. Думова; Каф. дет. болезней ВМА им. С.М. Кирова. – СПб., 2003. – 26 с.
24. Папко, С.Б. Эрозивное поражение слизистой оболочки пищевода у детей и подростков / С.Б. Папко, И.А. Сивцов // *Здравоохранение*. – 2012. – № 1. – С. 12–16.
25. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / Е.М. Мухаметова и др. // *Вопр. практ. педиатрии*. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 30–34.
26. Взаимосвязь гастроэзофагеального рефлюкса и признаков дисплазии соединительной ткани у детей и подростков: пособие для врачей / С.Ф. Гнусаев и др. – М., 2004. – 24 с.
27. Троян, В.В. Клиника и диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / В.В. Троян // *Медицина*. – 2004. – № 1. – С. 18–22.
28. Preterm birth, low birth weight, and risk for esophageal adenocarcinoma / M. Kaijser et al. // *Gastroenterology*. – 2005. – Vol. 128, № 3. – P. 607–609.
29. Review of the persistence of gastroesophageal reflux disease in children, adolescents and adults: does gastroesophageal reflux disease in adults sometimes begin in childhood? / H.S. Winter et al. // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2011. – Vol. 46, № 10. – P. 1157–1168.
30. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease / D. Festi et al. // *World J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 15, № 14. – P. 1690–1701.

Поступила в редакцию 27.01.2014 г.
Контакты: sergzagorsky@rambler.ru